



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

NOTA DE EMPENHO
1ª VIA

Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
002979.2022	00494	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.301.0010.2.037.3390.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO Conta 00409
 Desdobramento 3390392000 MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS MÓVEI Conta 02571
 Fonte de Recursos 00494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Pú

Credor 03849 JOSIMAR PEREIRA BAI0 95903305920
 Endereço RUA ANTONIO GONZAGA 1260
 CNPJ/CPF 27.239.371/0001-87

Fone Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				12.05.22	11.06.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
450.000,00	156.540,26	590,00	155.950,26

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Reforma de cadeira de escritório	70,0000	70,00
02	1	Reforma de maca hospitalar	230,0000	230,00
03	1	Troca de espuma da maca hospitalar do consultório médico	290,0000	290,00
04		Serviço de reforma de mobiliário da UAP Conceição dos Anjos, conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	237	613-0	0002255-1	VALOR LIQUIDO	590,00
--------------	-----	-------	-----------	---------------	--------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Juliana I. CONTADORCA Pereira CRC PR 0549070-6
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (quinhentos e noventa reais*****
 *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____ Data ____/____/____.
----------------------------	--

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Saúde
DIVISÃO: ESF conceição dos Anjos

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Reforma de equipamentos da UBS, baixo valor amparado pelo Inciso II, artigo 24 da Lei 8.666/93


Assinatura do Requerente (CARIMBO) AMERLIS DE OLIVEIRA